

【共同診療計画書】 乳がん ステージ0・Ⅰ・Ⅱ

患者様ID： 病院名： 担当医： (電話：) 調剤薬局名： (電話：)
 患者様氏名： 連携医療機関名： 担当医： (電話：) 調剤薬局名： (電話：)

項目	(病院)	日常診療				日常診療				日常診療				日常診療			
		(病院)	(連携医療機関) または (病院)	(連携医療機関)	(病院)	(連携医療機関)	(連携医療機関) または (病院)	(連携医療機関)	(病院)	(連携医療機関)	(連携医療機関) または (病院)	(連携医療機関)	(病院)	(連携医療機関)	(連携医療機関) または (病院)	(連携医療機関)	(病院)
		(退院時) (治療開始時)	1年 (3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)	(12ヶ月)	2年 (3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)	(12ヶ月)	3年 (3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)	(12ヶ月)	4年 (3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)
達成目標	術後連携による フォローアップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携・連絡	術後連携の説明 手術後後遺症、再発等 発生時の連絡先確認	手術後後遺症への対応 手術後後遺症、再発の早期発見 手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡 <input type="checkbox"/> 患者さん用パス説明															
教育・指導	服薬指導 (保険薬局) 生活指導 手術後後遺症、副作用の確認 リンパ浮腫 上肢挙上制限 骨密度低下 関節痛 ホットフラッシュ 不正性器出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察・検査	全身状態 PS 血圧 体温 体重 (kg) 身長 (cm) 問診 更年期症状 帯下の変化 肝機能障害 関節痛 視触診 局所：腫瘍・硬結・発赤 リンパ節：鎖骨上窩、腋窩、頸部 患側上肢：リンパ浮腫・炎症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査	末梢血一般、生化学	1~3ヶ月ごと								3~6ヶ月毎							
	腫瘍マーカー (CEA, CA15-3, 他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査	マンモグラフィー検査				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	乳房超音波検査				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	CT/腹部超音波検査				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	RI				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	骨密度測定			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	子宮体癌検診				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

※(□)：症例に応じて施行を決定する

【共同診療計画書】 乳がん ステージ0・I・II

項目	日常診療			(病院)	日常診療		(病院)	日常診療		(病院)	日常診療		(病院)	日常診療		(病院)
	(連携医療機関)	(連携医療機関) または (病院)	(連携医療機関)		(連携医療機関) または (病院)	(連携医療機関) または (病院)		(連携医療機関) または (病院)	(連携医療機関) または (病院)		(連携医療機関) または (病院)					
	5年 (3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)		(12ヶ月)	6年 (6ヶ月)		(12ヶ月)	7年 (6ヶ月)		(12ヶ月)	8年 (6ヶ月)		(12ヶ月)	9年 (6ヶ月)	
達成目標	術後連携によるフォローアップ															
連携・連絡	手術後後遺症への対応															
	手術後後遺症、再発の早期発見															
教育・指導	手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認															
	□患者さん用パス説明															
診察・検査	服薬指導 (保険薬局)															
	生活指導															
検査	手術後後遺症、副作用の確認															
	リンパ浮腫 上肢挙上制限 骨密度低下 関節痛 ホットフラッシュ 不正性器出血															
検査	全身状態															
	PS 血圧 体温 体重 (kg) 身長 (cm)															
検査	問診															
	更年期症状 帯下の変化 肝機能障害 関節痛															
検査	視触診															
	局所：腫瘍・硬結・発赤 リンパ節：鎖骨上窩、腋窩、頸部 患側上肢：リンパ浮腫・炎症															
検査	末梢血一般、生化学															
	3~6ヶ月ごと															
検査	腫瘍マーカー (CEA, CA15-3, 他)															
	(□)															
検査	マンモグラフィー検査															
	(□)															
検査	乳房超音波検査															
	(□)															
検査	CT/腹部超音波検査															
	(□)															
検査	RI															
	(□)															
検査	骨密度測定															
	(□)															
検査	子宮体癌検診															
	(□)															

※(□)：症例に応じて施行を決定する